

LES ÉVENTRATIONS CONSÉCUTIVES AUX CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 Décembre 1936

PAR

Jean-Paul-Marie BATHIAS

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Batna (Constantine), le 1^{er} août 1911

Examineurs de la Thèse	MM. GUYOT, professeur	Président.
	JEANNENEY, professeur.	Juges
	CHARRIER, agrégé.....	
	LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546617_0040

LES ÉVENTRATIONS CONSÉCUTIVES AUX CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 Décembre 1936

PAR

Jean-Paul-Marie BATHIAS

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Batna (Constantine), le 1^{er} août 1911

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	Président.
JEANNENEY, professeur.	Juges
CHARRIER, agrégé.....	
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
 Assesseur..... M. LABAT
 Doyen honoraire M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
 RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPERIE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacutique.....	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABRAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RECKOU	Clinique dentaire.....	DUBECQ.
Botanique et matière médicale.....	CHEILE.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
 PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÈGES EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	N.	Chirurgie générale.....	MASSE.
Anatomie.....	DUFOUR.		DARGET.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIERE.
		Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie.....	DESPONS
Médecine générale.....	PIECHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DE GRAILLY	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.
	FONTAN		
	BROUSTET		
	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Médecine opératoire.....	F. PAPIN	Physique médicale et pharmacutique	WANGERMEZ
Accouchements.....	RIVIERE.	Médecine légale.....	DERVILLÉE
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Urologie.....	DARGET
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)	Botanique.....	GIRARD
Puériculture.....	FAUGERE.	Bactériologie.....	MOUREAU
Pharmacie chimique.....	VITTE	Législation pharmaceutique.....	POPLAWSKI.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté: ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

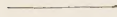


A LA MEMOIRE DE MA MERE

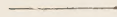
A MON PERE

A MA FIANCEE

A MON FRERE



A MES PARENTS



A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BONNIN

PROFESSEUR DE MÉDECINE COLONIALE ET DE CLINIQUE
DES MALADIES EXOTIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

ANCIEN SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FERRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous croirions manquer au plus strict de nos devoirs, si nous ne profitons de l'occasion qui nous est offerte pour rendre un public hommage aux maîtres qui nous ont guidé de leurs conseils, et à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont témoigné quelque estime durant notre vie d'étudiant.

Nous exprimerons, d'abord, toute notre gratitude à nos maîtres de l'école annexe de médecine navale de Brest, qui nous ont fait faire les premiers pas dans la voie des études médicales.

Pendant nos quatre années passées à la Faculté de médecine de Bordeaux, nous avons contracté une grande dette de reconnaissance envers tous les maîtres éminents qui ont contribué à notre formation.

Nous tenons à montrer plus particulièrement notre gratitude à M. le Professeur Bonnin, qui fit de nous son préparateur et nous montra une grande bienveillance.

Que M. le Professeur agrégé Massé, MM. les Docteurs Magendie, Courriades et Darmaillacq veuillent bien trouver ici tous nos remerciements pour l'accueil si aimable qu'ils nous ont réservé et les conseils qu'ils nous ont prodigués de si bonne grâce au cours de l'élaboration de ce travail.

Mais toute notre reconnaissance va à M. le Professeur Guyot. Nous garderons toujours le souvenir des leçons claires et pratiques qu'il nous donna au lit de ses malades et dans ses brillantes cliniques. Il nous inspira le sujet de cette thèse et nous fit le grand honneur d'en accepter la présidence : qu'il veuille bien trouver dans ces lignes l'expression de notre immense gratitude et de notre très respectueuse admiration.

INTRODUCTION

Une éventration est, d'après la définition de Guibal, « l'issue et la saillie sous les téguments des viscères abdominaux refoulés par la pression intra-abdominale à travers une zone musculo-aponévrotique anormalement affaiblie ou déhiscente ». Cette définition, meilleure que celle de Littré, établit bien la distinction d'avec la hernie, qui se fait à travers un orifice normal, et de l'éviscération, où les organes sont exposés à nu et dépourvus d'enveloppes. Certains auteurs, cependant, désignent les éventrations sous les termes de hernie ventrale, hernie abdominale, hernie ventrale latérale et, mieux, de laparocèle, de prolapsus, ou d'éviscération sous-cutanée de l'intestin.

Les éventrations peuvent être congénitales ou acquises.

Les congénitales sont dues à un arrêt du développement, un défaut de muscularisation de la paroi abdominale antérieure et vont, depuis la légère éventration sus-ombilicale, coïncidant avec une petite hernie ombilicale, jusqu'à la hernie embryonnaire ombilicale, formant une volumineuse tumeur xypho-pubienne.

Les éventrations acquises sont d'origine spontanée ou traumatique.

Spontanées, on les rencontre chez le nourrisson cachectique, chez la grande multipare, chez les porteurs de grosse ascite ou de volumineuses tumeurs abdominales. Elles peuvent aussi être le résultat d'une paralysie partielle de la paroi comme dans les séquelles de polyomyélite, dans les sections opératoires ou accidentelles des nerfs pariétaux, ou être causées par un affaiblissement extensif des zones herniaires.

Traumatiques, elles sont dues à une rupture accidentelle ou opératoire de la paroi musculo-aponévrotique. Elles peuvent être précoces ou, au contraire, tardives, par insuffisance progressive d'une cicatrice.

Nous ne parlerons pas, ici, des éventrations post-opératoires, nous n'aurons en vue que les éventrations consécutives à une contusion abdominale, c'est-à-dire se produisant à la suite d'un traumatisme qui aura rompu la sangle musculo-aponévrotique et, le plus souvent aussi, le péritoine, sans avoir lésé la peau. Nous en étudierons les mécanismes producteurs et les dégâts anatomo-pathologiques. Nous verrons quelle est la symptomatologie de ces lésions, leur diagnostic aisé, leur avenir, laissées à elles-mêmes, et les améliorations qu'un traitement judicieux peut leur apporter.

HISTORIQUE

Les éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen devaient fatalement frapper l'attention de ceux qui ont été à même d'en observer, par la contradiction entre les désordres graves produits dans la profondeur et l'apparente intégrité de la peau. A cela s'ajoutent leurs suites, très souvent fatales à une époque où la chirurgie abdominale n'existait pas, puis, ultérieurement, leur cure facile par la simple réfection de la paroi, complétée de suture intestinale ou de résection si besoin est, et les bons résultats obtenus pour peu que le traitement chirurgical ait été précocé. C'est pourquoi, tout au long de la littérature, nous voyons des chirurgiens, étonnés de ces lésions peu communes, en faire part dans diverses communications chaque fois qu'ils en ont été témoins.

Hippocrate s'occupe des éventrations et des hernies dans son *De morbis vulgaribus*. Galien, Celse en parlent également, mais sans s'occuper de leur origine. Corpus, le premier, dit qu'elles sont le résultat de traumatismes et qu'elles peuvent, pour cela, se rencontrer en quelque point que ce soit de la circonférence abdominale. Dionis, dans son *Cours d'opérations chirurgicales*, enseigne que la cause de ces éventrations est une rupture produite dans le péritoine.

Nous trouvons, dans Morgagni, un exemple bien tranché de rupture musculaire et ce fait est d'autant plus intéressant que la femme qui en fait le sujet mourut de péritonite. Un coup de bâton avait été appliqué sur la paroi abdominale antérieure et l'autopsie fit voir une rupture des muscles de l'abdomen sans qu'il y eut trace de contusion sur le tégument ou dans l'intérieur de la cavité abdominale.

En 1749, Arnaud (*Traité des hernies*, tome II) définit les hernies ventrales « celles qui passent par d'autres orifices que les orifices naturels ». Entre autres causes, il signale la désagrégation du péritoine par un traumatisme sans lésion de la paroi.

En 1789, Plaignaud rapporte le cas d'un enfant qui mourut après une chute du 4^e étage sur le pavé. A l'autopsie, on vit une déchirure transversale des muscles grand et petit obliques et transverse sur une longueur de trois pouces. Les intestins formaient, à travers cette faille, une hernie sous la peau, aisément réductible, se reproduisant avec la même facilité. Une fracture du crâne expliquait la mort.

Dans une observation de Larrey, en 1868, c'était une tumeur située à trois travers de doigt de l'ombilic du côté droit et de la grosseur du poing qui attira l'attention. La tumeur, très facilement réductible, disparaissait dès que le malade se couchait sur le dos. Il avait été atteint par un boulet arrivé à la fin de sa course et, d'après Larrey, c'était le muscle droit et ses enveloppes aponévrotiques qui avaient été déchirés, les téguments et les vêtements étaient intacts. Dans une autre observation du même auteur, la rupture siégeait au-dessus de l'os coxal. Elle était due à un coup de pied de cheval et s'était produite au niveau du point frappé.

En 1871, Anger Benjamin comprend, sous le nom d'événtrations ou de hernies ventrales, toutes les hernies qui se forment dans la région antérieure ou latérale de l'abdomen, il en étudie les causes déterminantes et le mécanisme.

En 1879, Reignier, dans sa thèse sur les hernies ventrales, les définit : « Ces hernies se produisent sous la paroi abdominale antérieure et latérale en des points autres que la ligne blanche, et passent à travers une séparation anormale ou accidentelle des fibres musculaires ou aponévrotiques. » Il en étudie l'étiologie, les complications et le traitement.

En 1883, Follin et Duplay étudièrent surtout l'anatomie pathologique.

En 1889, Hutchinson, dans son ouvrage sur les hernies lombaires, dit que cinq sur les vingt-neuf cas qu'il rapporte de hernies consécutives à des traumatismes étaient apparues plutôt à travers la paroi abdominale latérale que strictement dans le triangle de J.-Louis Petit. Ce sont donc de véritables éventrations.

En 1893, Reclus, dans son *Manuel de Pathologie interne*, définit les hernies ventrales, qu'il appelle laparocèles, par leur point d'apparition. « entre le bord externe des fausses côtes, l'arcade crurale, le bord externe du muscle grand droit et le bord postérieur du grand oblique. Ces hernies peuvent être spontanées ou traumatiques, succédant alors à une contusion, une plaie ou une opération chirurgicale dont la cicatrice a été distendue ».

En 1894, Tillaux, dans le traité de chirurgie clinique, étudie le diagnostic différentiel entre les laparocèles et le lipome sous-péritonéal.

En 1896, Blake écrit : « Le cas que nous rapportons doit être très rare : c'est une rupture de la paroi abdominale, sans plaie cutanée. Il faut, pour la produire, une contusion énergique de la part d'un corps moussé comme l'extrémité d'un timon de voiture. » Cependant, il a trouvé quelques autres cas paraissant authentiques : trois étaient dus au choc d'un brancard de charrette, un à la chute sur un manche de marteau.

En 1897, Lotheisen rapporte un autre cas intéressant. Un cycliste fut tamponné par une charrette dont le timon lui frappa l'abdomen au niveau de l'ombilic. Il éprouva quelques douleurs, se coucha deux jours, et ce n'est que quelque temps après s'être relevé qu'il constata une tuméfaction grosse comme une pomme au niveau du point de contusion. Il se mit à vomir, l'état général devint mauvais, et le Docteur von Hacker appelé fit le diagnostic de hernie traumatique, étranglée au travers d'une déchirure du grand droit. Le blessé mourut pendant l'opération, et l'autopsie vérifia le diagnostic en montrant une portion du mésocolon

transverse, herniée et adhérente au pourtour d'une déchirure du grand droit.

En 1897, Martel rapporte une très belle observation d'un homme, coincé contre un mur par le timon de sa charrette qui, à la suite de cet accident, présenta une éventration de douze centimètres et guérit parfaitement après l'opération.

En 1901, Legueu communique à la Société de chirurgie un cas très intéressant de rupture musculaire qui fit l'objet d'une leçon à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. On y trouve la première vue d'ensemble sur cette question.

En 1911, il publie une nouvelle observation de contusion de l'abdomen avec rupture sous-cutanée du muscle grand droit du côté gauche.

En 1912, Collomb, dans sa thèse, apporte deux nouvelles observations, prises dans les services du Professeur Soubeyran et du Docteur Bazy, et met au point la question.

En 1914, Chaput préconise, dans le traitement des grosses éventrations, avec large perte de substance, les myoplasties aux dépens du couturier.

En 1919, Brugeas, dans sa thèse, passe en revue les traitements des éventrations en général.

En 1927, Hinrichsen, à propos d'un cas d'éventration par contusion de l'abdomen, donne quelques précisions sur le diagnostic différentiel avec les hématomes de la paroi.

En 1929, Kummer, ayant été, lui aussi, témoin d'un accident du même ordre, en étudie rapidement les causes, les désordres anatomiques, la symptomatologie et le meilleur traitement à y apporter. Il préconise, à moins de contre-indications opératoires formelles, le traitement chirurgical immédiat.

En 1931, Bérard et Desjacques rapportent une observation du même ordre.

En 1933, Goepel préconise l'emploi de grilles métalliques dans les déficiences de la paroi abdominale.

En 1934, Dry et Naveiro, en Amérique, étudient les éven-

trations, mais ont surtout en vue les éventrations post-opératoires et ne font que mentionner les ruptures sous-cutanées de la paroi.

En 1934, Carossini et Lima publient chacun une observation de prolapsus sous-cutané intestinal après contusion. La même année, Rostock les étudie en Allemagne.

En 1936, Pighi et Geza von Benkovich, à propos chacun d'un cas du même ordre, ajoutent quelques considérations d'ordre clinique et étiologique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans l'espèce animale, les contusions de l'abdomen suivies d'éventration sont chose encore assez fréquente. Il n'est pas rare de voir des poulains s'éventrer en franchissant des clôtures et en retombant sur quelque portion mousse. Chez les bovidés, la lésion est encore plus fréquente du fait des coups de corne et, chez ces animaux, l'ampleur de l'abdomen augmente d'autant sa vulnérabilité.

Chez l'homme, les prolapsus sous-cutanés post-contusionnels de l'intestin sont beaucoup plus rares.

Dans toute la littérature, nous n'avons pu en réunir que trente-huit cas absolument certains et dont l'étiologie nous est connue. Cela tient à plusieurs causes, d'ordre tout à fait différent, d'ailleurs. La première est la sensibilité péritonéale, la fragilité des organes de l'abdomen, qui font que, bien souvent, l'éventration a dû passer au second plan, peut-être même n'être pas vue, en regard des autres symptômes très graves de contusion abdominale, d'éclatement du foie ou de la rate, entraînant la mort précoce du blessé avant tout traitement, quand une fracture du crâne n'en était pas déjà responsable. Les parois abdominales offrent une large surface à l'action des instruments contondants. De plus, placés derrière elles, imparfaitement protégés, des viscères nombreux, aux tissus délicats et fragiles, souffrent dans leur intégrité si leur plan de défense se laisse forcer. Et sur la majorité des points, ces parois ne constituent qu'une barrière molle, dépressible, insuffisante en face d'un ennemi doué de quelque puissance. Aussi, pour expliquer la rareté des lésions que nous étudions, à

côté de la fréquence des traumatismes du ventre, il faut penser que tout un concours de facteurs doit intervenir.

Il faut un traumatisme assez considérable, et cependant assez faible pour limiter son action à la paroi musculaire, ou bien, que ce choc soit brusquement arrêté car, sans cela, les phénomènes d'éventration sont perdus au milieu de symptômes plus graves.

Ensuite, suivant que l'éventration est directe ou indirecte, la nature de l'agent contondant intervient.

Voyons donc quels sont les mécanismes de production :

L'éventration peut être directe, c'est-à-dire se produire à l'endroit même où la force extérieure a agi. L'éventration peut aussi être indirecte, et cela de deux façons :

Ou bien les corps musculaires solides contractés supportent victorieusement le choc et ce sont les insertions qui cèdent ;

Ou bien, l'agent contondant, large, déprime en masse toute une partie de l'abdomen qui éclate de l'autre côté comme une orange qu'on écrase.

Le premier mécanisme est de beaucoup le plus fréquent et il est très facile d'expliquer l'arrivée jusque dans l'abdomen du corps traumatisant. Il atteint brusquement la paroi, il se coiffe de la peau, souple et dépressible. Mais, bientôt, il est arrêté par la barrière rigide des muscles contractés subitement. Là, alors, diverses modalités peuvent se produire : ou bien, n'étant pas de trop large surface, il va, en quelque sorte, dissocier les faisceaux musculaires et s'insinuer entre eux, et, en les écartant plus ou moins, il va faire une véritable boutonnière ; ou bien, s'il est plus large, ou plus violent, ou s'il n'agit pas dans le sens des fibres, il va déchirer le muscle, faire dedans une large brèche, qui s'élargira encore du fait de la rétraction des deux chefs. Les muscles ont moins de solidité à l'endroit où les fibres deviennent tendineuses, c'est pourquoi les ruptures directes du muscle du grand droit de l'abdomen sont les plus fréquentes à cause des bandes tendineuses

qui lui font autant de points de moindre résistance. La violence du coup porté est d'autant plus forte que sa direction est plus perpendiculaire à la paroi et que le sujet, par exemple coincé contre un mur, ne peut pas fuir.

Nous voyons donc qu'il nous faudra un agent contondant à extrémité mousse, pour ne pas produire de lésions de la peau, pas trop gros, pour ne pas écraser tout l'abdomen, doué de force suffisante pour enfoncer la barrière musculaire, mais qui devra s'épuiser tout de suite pour avoir l'éventration typique mais simple, ne s'accompagnant pas de lésions intestinales. L'absence de ces dernières tient, du reste, pour beaucoup à la vacuité intestinale qui permet à l'intestin de mieux fuir sous le coup, ou de ne pas éclater à la compression.

En examinant la liste des cas d'éventration que nous avons réunis, il apparaît que ce sont les brancards de voiture, les timons de charrette, qui sont le plus souvent en cause. Blake en rapporte quatre cas, Legueu, Monks, Duplay, Lotheisen, Martel, Geza von Benkovich chacun un. Ensuite viennent les coups de pied de cheval : des exemples en sont cités par Chardin et Larrey.

A côté, on trouve des coups de barre de fer (Magendie), de bâton (Morgagni), la chute d'un livre du haut d'une bibliothèque (Pollok), un coup de tampon de petit diamètre (Gay), l'arrivée d'un boulet de canon à la fin de sa course (Larrey), une contusion par un coup de corne de vache (O. Personnelle), un coup de corne de béliet (Geza v. Benkovich), des écrasements par roue de voiture (Hinrichsen), par automobile (Lima). Puis viennent toute une série d'autres faits, où ce n'est plus l'agent contondant qui se déplace, mais le blessé qui est venu le heurter ; c'est toute la catégorie des chutes diverses : projection sur un volant d'automobile (Collomb), sur un étau (Legueu), sur une barre de fer (Haagn), sur un chaudron (Meyer-Wildisen), sur un pieu mousse (Carossini), chute sur les pavés, du 4^e étage (Plaignaud), sur une paroi de soutè (Bérard et

Desjacques), deux chutes sur le bord d'un lit (Polaud), sur un échalas (Duplay), du haut d'un mât sur un manche de pompe (Bryant), sur l'extrémité mousse d'un bout de bois (Gastrang), sur un marteau (Blake).

A toutes ces étiologies, s'appuyant sur des cas vécus, nous nous permettrons d'en ajouter quelques-unes empruntées à des auteurs : « fouettements par des lanières de cuir, corde, baguette légère, qui déterminent plus souvent une simple attrition que la rupture, coups de pieds, de poings, etc. » que nous n'avons pas été à même de vérifier par des faits.

Dans tous ces cas, l'agent contondant a produit une éventration à l'endroit exact où il a frappé : l'éventration est directe.

A côté de cela, il est d'autres cas beaucoup plus rares, du reste, où l'éventration indirecte, cette fois, s'est produite à distance du point contus, ceci par deux mécanismes. Nous avons dit plus haut que le muscle était beaucoup plus fragile au niveau de ses insertions; prenons, d'autre part, un corps contondant assez large comme un tampon de wagon, agissant perpendiculairement à la surface abdominale. Le sujet a brusquement contracté les muscles de sa paroi, toute la pression produite s'est transmise aux attaches musculaires, ce sont elles qui ont cédé. C'est exactement ce qui s'est produit dans le cas rapporté par Kümmer.

Envisageons maintenant le mécanisme qui a présidé à la constitution de l'éventration chez le malade n° 1. Il est tombé allongé par terre, la roue d'un gros camion aborde le flanc gauche de son abdomen, l'écrase lentement, refoulant devant elle toute la masse intestinale. Le blessé perçoit alors dans son flanc droit une sensation de déchirement : il a maintenant une éventration à droite. C'est bien l'éventration indirecte. La roue du camion n'est pas en jeu directement puisque le chauffeur a reculé tout de suite et qu'elle n'a pas appuyé au delà de la ligne médiane.

Nous allons voir un mécanisme analogue jouer dans l'observation que nous relate Bosch. Ici, le blessé a été pris, on pourrait dire en « sandwich », entre deux camions qui l'ont abordé, l'un à droite, l'autre à gauche, au niveau des deux flancs et l'accidenté se trouve porteur, dans la suite, d'une éventration située un peu à gauche de la ligne médiane dans la région suspubienne.

Mais, qu'elles soient directes ou indirectes, et surtout dans le premier cas, les éventrations se compliquent souvent de lésions sousjacentes de l'intestin. Nous verrons, en étudiant l'anatomie pathologique, quelles sont ces lésions. Disons cependant de suite qu'elles se produisent sous l'influence de l'agent contondant directement. L'état de réplétion ou de vacuité intervient pour beaucoup. Des expériences ont été faites sur des morceaux d'intestin remplis de matière fécale, un choc brutal en produit l'éclatement. Les liquides étant incompressibles, si la portion d'intestin ne peut fuir pour une raison quelconque, par exemple parce qu'elle est à méso court, elle éclate littéralement. Au contraire, si elle ne contient que de l'air, elle se déprimera sous le choc, et ce n'est qu'en cas de contusion très violente que, prise entre la colonne vertébrale et, par exemple, le sabot ferré d'un cheval, elle présentera une ou plusieurs petites plaies, petites coupures. Souvent, même, c'est une simple attrition qui évoluera vers une plaque de sphacèle reculant à quelques jours la perforation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les différents plans qui constituent la paroi abdominale sont en allant de la superficie vers la profondeur :

1° La peau, très mobile.

2° Le tissu cellulaire sous-cutané, formant un véritable « fascia superficialis » à deux feuillets entre lesquels s'amasse une quantité de graisse très variable avec les individus, contenant les vaisseaux et les nerfs superficiels.

3° L'aponévrose superficielle, aponévrose d'enveloppe des muscles, plus épaisse au devant des grands droits.

4° La couche musculaire : grands droits immédiatement de chaque côté de la ligne médiane, muscles larges ensuite ;

5° Fascia transversalis, plus épais derrière les droits, au-dessus de l'ombilic où il forme une gaine fibreuse épaisse à ces muscles ;

6° Le péritoine, séparé du fascia transversalis par une très mince couche de tissu cellulaire lâche sous-péritonéal.

Voyons maintenant les dégâts qu'un agent contondant va opérer dans cette paroi, pour produire une éventration.

Le fait qui nous frappe, d'abord, est que, dans la plupart de ces grandes contusions de l'abdomen avec éclatement sous-cutané de la paroi, la peau est généralement respectée. Elle ne présente, en effet, que l'ecchymose, manifestation apparente de l'hématome profond qui existe au niveau du foyer musculaire, et aussi des multiples déchirures des vaisseaux sous-cutanés, tirillés quand la peau a été frappée et meurtrie. Cependant, dans l'observation de Bazy, on remarque que la peau, d'abord intacte, s'est sphacélée les jours suivants. Il est vrai qu'il s'agissait d'un traumatisme particulièrement violent.

L'aponévrose superficielle, mince, ne peut offrir aucune résistance particulière et est la première à céder.

Les muscles sont, en définitive, la seule barrière sérieuse qui s'offre à défendre, et encore fragilement, les viscères abdominaux. Nous avons vu, au cours de l'étiologie, que trois lésions différentes peuvent se trouver.

L'agent contondant de petit diamètre, présentant une surface réduite mais mousse, s'il frappe le muscle, dans le sens des fibres de préférence, peut en dissocier les faisceaux sans les rompre. Il en résulte une véritable boutonnière, plus ou moins élargie, se fermant à la contraction des muscles, et pouvant ainsi pincer l'intestin ou l'épiploon qui y ont fait hernie au cours d'une poussée abdominale ou de la simple station debout.

Si l'agent de la contusion était de surface plus large ou simplement a frappé le muscle plus de face, plus perpendiculairement à la direction des faisceaux, ceux-ci ont été déchirés véritablement. La rupture se fait très souvent au niveau du muscle grand droit, quelquefois au niveau de la portion charnue des muscles larges. Les deux bouts des muscles déchirés vont se rétracter grâce à leur élasticité propre et aussi dans les contractions, puisqu'il ne reste, à chaque portion déchirée, qu'un point d'attache solide. On aura donc, dans la paroi, une brèche étendue, aux bords déchiquetés. La déchirure va s'accompagner, naturellement, d'un abondant épanchement sanguin. Les muscles sont très vascularisés, aussi il se forme un volumineux hématome. Le sang peut venir, en plus de la tranche du muscle, d'une rupture de l'épigastrique. Cette artère suit, en effet, les destinées du muscle grand droit en restant à son contact dans une grande partie de son trajet. Dans un cas publié par Legouest, il y avait une rupture de l'artère épigastrique ou de l'une de ses grosses branches. Chez le malade de Richardson, opéré parce qu'il présentait des symptômes d'étranglement herniaire, le muscle rompu par effort était divisé en travers, l'artère épigastrique était rompue et un

caillot énorme s'était formé entre le péritoine et la face profonde du muscle. Quelle est la destinée de ces hématomes ? Tout dépend de l'état de la gaine des muscles et du péritoine. Si tous les deux sont lésés, c'est la communication avec la grande cavité. Si l'un et l'autre sont indemnes, l'hématome est banal, il se résorbera lentement et ce coussin, qui matelassait l'éventration sous-jacente, va s'amincir progressivement jusqu'à ne plus former qu'une mince lame fibreuse, insuffisante à obturer la déchirure musculaire. D'autres fois, les hématomes s'organisent, jusqu'à former une sorte de gâteau induré, en imposant pour une tumeur.

Mais la gaine postérieure des muscles n'offre pas, en général, une résistance suffisante pour arrêter l'action contondante extérieure. Ce n'est qu'une mince lame, plus ou moins fibreuse, selon les individus, qui n'est un peu épaisse qu'au-dessus de l'arcade de Douglas derrière les muscles droits. Nous voyons, dans notre deuxième observation, qu'à l'ouverture de l'abdomen le chirurgien a constaté une rupture complète du muscle grand droit du côté droit avec déchirure de la gaine postérieure, alors que le péritoine était intact. Egalemeut dans l'observation de Hinrichsen, la déchirure était limitée aux muscles et aponévroses, le péritoine était sain. Mais ce ne sont guère que des exceptions. Le péritoine est, le plus souvent, dilacéré, lui aussi. Quelquefois, sa déchirure ne correspond pas exactement à celle de l'aponévrose postérieure. Ainsi, dans l'observation de Martel, le péritoine n'avait qu'une toute petite déchirure, très excentrique par rapport à la large surface décollée, dont le centre correspondait à la brèche musculaire. Si bien que Martel, pendant l'opération, voulant réduire la hernie, vit que des intestins refoulés ressortaient tout de suite : ils étaient presque étranglés dans l'anneau péritonéal et le chirurgien ne faisait que les rentrer dans l'espace produit par le décollement péritonéo-aponévrotique.

Cependant, cette observation n'est qu'une curiosité. En règle général, le péritoine est largement déchiré, un seul facteur intervient pour modifier ceci ; le péritoine est plus ou moins décollable suivant les individus.

La direction de l'axe de la déchirure est parallèle à celle de la brèche musculaire.

Une fois l'orifice fait dans la paroi, la poussée abdominale y pousse l'intestin qui va s'y hernier. Le plus souvent, comme nous l'avons vu, l'intestin sera nu sous la paroi, dans de rares cas il sera coiffé d'un feuillet péritonéal intact. Dans un cas d'éventration haut situé (Kummer), ce n'était pas l'intestin grêle seul qui formait la tumeur sous-cutanée. On y trouvait aussi une partie de l'estomac et du côlon transverse.

Ces viscères creux ne sont pas toujours sortis indemnes de la contusion. Souvent, malheureusement, ils ont été lésés et ce sont des perforations, plus ou moins nombreuses, qui viennent singulièrement compliquer le tableau clinique en y ajoutant celui de la péritonite. Ces déchirures intestinales sont, soit complètes d'emblée, soit seulement des ruptures sous-péritonéales, soit une simple attrition localisée qui sera l'origine d'une plaque de sphacèle, et la péritonite ne sera que retardée si on n'est pas allé juger auparavant de l'état local. On rencontre quelquefois, souvent dit Forgeue, un état de contracture intestinale bien curieux qui siège à distance variable de l'anse contuse et qui réduit au quart ou au cinquième la dimension d'un segment de l'intestin grêle, si bien que Michaux a pu le comparer à « un intestin de poulet ».

Le mésentère, enfin, peut avoir lui-même été atteint et ses déchirures se compliquent, la plupart du temps, d'hémorragies abdominales sérieuses. Ainsi, dans l'observation que le docteur Magendie a eu l'obligeance de nous communiquer, la mort résulta d'une déchirure d'une des premières branches de la mésentérique supérieure et la conséquence

en fut, en plus de l'hémorragie, l'ischémie et le sphacèle de tout le côlon ascendant.

Il nous faut encore mentionner les ruptures de la rate et du foie ou du rein, que nous n'avons constatées qu'une fois, mais qui, par suite des hémorragies redoutables qu'elles produisent, sont d'une extrême gravité et compliquent, par leur symptomatologie d'anémie aiguë le tableau clinique que nous allons maintenant esquisser.

TABLEAU CLINIQUE

(SYMPTOMES ET COMPLICATIONS)

Nous allons étudier, en nous appuyant sur les quelque vingt observations que nous avons pu lire, les symptômes que présente un malade qui, après une violente contusion de l'abdomen, souffre d'une éventration pure, non compliquée. Nous verrons ensuite les suites fâcheuses immédiates qui viennent la compliquer en cas de lésion de viscères abdominaux, et celles, plus lointaines, résultant de la déchirure du péritoine sans lésion viscérale.

Le blessé qui nous est envoyé d'urgence est pâle, des sueurs froides couvrent sa face, sa respiration est rapide, son pouls hypotendu, parfois imperceptible; il a souvent vomé à plusieurs reprises, la température est normale ou un peu abaissée (36°-36°5). Il a perdu connaissance au début et le plus souvent ne se rappelle rien de l'accident.

L'examen de l'abdomen montre un ventre rétracté en bateau. On y constate parfois la trace du point d'application du traumatisme, sous la forme d'une empreinte (fer à cheval), d'une légère éraillure de la peau, d'une ecchymose. Et surtout on y voit déjà apparaître une tuméfaction hémisphérique ou oblongue de volume variable, siégeant généralement au point touché.

Le palper réveille une sensibilité extrême et diffuse au moindre attouchement. On ne peut guère conclure de ces premiers symptômes. La plupart sont peut-être dus uniquement au choc traumatique, choc sympathique en l'espèce, pouvant être lié à la simple contusion des plexus nerveux intra-abdominaux. S'il n'y a pas d'indication ur-

gente, il est préférable d'attendre que sous l'influence de la médication cardiotonique et du repos, le blessé se soit remonté et que le choc se soit atténué, pour se faire une opinion exacte sur le cas du patient.

Nous le verrons ainsi se remettre progressivement, le faciès se colore à nouveau, le pouls devient perceptible et régulier et se maintient tel.

Dans les jours qui suivent, le ventre redevient à peu près indolore et nous pourrions examiner plus complètement les troubles que la contusion y a apportés.

Examinons le malade allongé.

Ce qui nous frappe, c'est l'énorme ecchymose qui a envahi tout le flanc atteint, elle remonte presque jusque sous les fausses-côtes, descend à la racine des cuisses, s'en va en arrière jusqu'aux muscles vertébraux et en avant gagne l'ombilic, descendant sur la ligne médiane jusqu'à la verge et les bourses qu'elle envahit.

La voussure plus ou moins marquée selon les sujets est de situation et de forme très variable, tantôt paramédiane, tantôt sous ou sus-ombilicale; tantôt franchement latérale. Elle est de forme hémisphérique ou oblongue et dans ce cas le plus souvent orientée dans le sens oblique en avant et en bas si elle siège dans les flancs. Sa grosseur varie d'un poing d'enfant à une grosse orange et plus. En la regardant à jour frisant on peut y voir quelques ondes péristaltiques. Si l'on fait pousser ou tousser le malade on voit alors la tumeur se gonfler, se préciser, et d'autant mieux que le sujet est plus maigre et a une paroi moins épaisse. Le moindre effort pour le blessé est douloureux, il ne peut s'asseoir de lui-même; pour tousser il doit comprimer son ventre à deux mains.

La palpation va nous montrer que cette tuméfaction est molle, de consistance élastique, facile à déprimer, mais revenant aussitôt à sa forme première. On peut y percevoir des gargouillements ou la sensation particulière, un peu grumeleuse, de l'épiploon qu'on écrase.

Cette tuméfaction est sonore, tympanique même, et tout de suite on pense que c'est l'intestin qui la constitue ; il paraît tout contre la peau chez certains malades. Chez d'autres, moins sonore, moins bien appréciable, il paraît lointain. La tumeur est plus nettement fluctuante : c'est un hématome qui a pris la place des fibres musculaires rétractées après leur déchirure, et qui fait matelas entre la peau et les viscères.

Palpons plus franchement. Nous refoulons doucement la tuméfaction et nous sentons alors que nous pénétrons dans le ventre à travers une déchiscence de la paroi. Suivant les cas, ce sont deux, quatre doigts ou la main tout entière qui franchissent l'orifice. Les lèvres en sont nettes, un peu tuméfiées, douloureuses. Au delà nous sommes dans le ventre et les doigts, gantés de la peau invaginée, s'y meuvent librement.

En retirant la main la tumeur se reforme, mais toujours facilement réductible.

Notre blessé a maintenant un poulx bien frappé, la température est à peu près normale, les fonctions intestinales ont repris leur cours. De sa contusion il garde, avec un mauvais souvenir, une infirmité, son éventration.

Tel est à peu près exactement le tableau clinique que, dans des observations, rapportent Bryant en 1858, Gastrang en 1896, Legueu en 1901.

Ce sont des cas heureux. En effet, les malades ont été vus tardivement par le médecin et la moindre complication viscérale les auraient mis au-dessus de notre thérapeutique.

Quelles sont donc les complications ? et comment vont-elles influencer sur le tableau clinique que nous avons esquissé ?

Nous ne ferons que signaler pour mémoire les lésions cutanées ou osseuses diverses, qui peuvent accompagner toute contusion violente, les fractures de côtes sont ici les plus fréquentes.

Ce sont les complications abdominales qu'il nous importe de rechercher et précocement. L'agent contondant ne limite que rarement son action à la paroi, surtout s'il l'a frappée avec assez de violence pour y faire une brèche, et il peut en résulter des lésions de deux ordres : ruptures primitives ou secondaires de viscères creux qui seront suivies d'infection plus ou moins grave suivant les individus; ruptures de viscères pleins ou déchirures de vaisseaux provoquant une hémorragie d'importance variable mais toujours sérieuse.

Voyons donc, en premier lieu, quels nouveaux symptômes vont ajouter une ou des perforations intestinales. Tout dépend d'abord du moment d'apparition de ces ruptures.

Si elles ont été produites immédiatement, par le choc de l'agent contondant qui en a enlevé un morceau à l'emporte-pièce, ou a fait éclater l'anse intestinale, mettant en somme le péritoine en contact avec le contenu intestinal, ce sont des signes d'infection péritonéale.

Il ne faut rien attendre ici des renseignements tirés du pouls, il reste normal si la perforation existe seule « car il n'y a pas encore de péritonite et c'est celle-ci qu'il s'agit précisément de devancer » (Gosset).

La température n'est pas davantage modifiée. L'hypothermie qu'on observe parfois peut être due au seul choc et n'a pas de valeur diagnostique. C'est l'étude des signes fonctionnels, et surtout des signes physiques, qui est capitale. L'arrêt complet des gaz, l'absence de miction, si ces phénomènes se produisent, ont sans doute une valeur, bien qu'encore relative. La persistance et l'acuité de la douleur au point contus doivent également donner l'éveil. L'apparition d'une selle sanglante, par contre, est pathognomonique, mais c'est une constatation bien exceptionnelle sur laquelle, en pratique, il ne faut pas compter.

C'est avant tout de l'examen direct du blessé que l'on tirera, avec un peu d'attention, des renseignements déci-

sifs. Deux signes sont ici d'une importance capitale : la contracture douloureuse de la paroi, le météorisme.

La contracture, sur la valeur de laquelle Hartmann a tant insisté, est un signe de première importance et qui fait rarement défaut. On peut la constater indirectement en commandant au blessé une forte inspiration : la douleur l'arrête de suite, ou directement en palpant le ventre : il est de bois, d'abord en une zone localisée, puis dans toute sa surface.

Le météorisme est également un bon signe de perforation, mais il doit être d'apparition progressive, car, généralisé d'emblée, il est dû au choc (Lejars).

La disparition de la matité hépatique n'a d'intérêt que si on la constate alors que le ventre est encore plat, elle témoigne alors de la présence de gaz libres dans la cavité péritonéale. Elle n'a plus aucune valeur quand le ventre est déjà météorisé, la sonorité pouvant très bien alors être due au côlon distendu.

Tous ces symptômes nous les rencontrons dans toutes les observations de blessés ayant été atteints de perforation intestinale. Ils sont précoces, on les constate dès que le patient a été retiré de son état de choc car dans ces cas il réagit bien au traitement tonicardiaque et au réchauffement.

Au contraire, dans les cas d'hémorragie interne, soit par rupture vasculaire proprement dite, soit par éclatement de viscères pleins, le choc initial au lieu de s'amender s'accroît. Le facies pâlit sans se gripper. Le pouls devient petit, filant (l'observation du Dr Magendie en est l'exemple typique). Les injections de sérum ne le remontent que temporairement. Il tend à monter à 100, 120. Mais Finsterer a insisté beaucoup sur la fréquence des cas où, au contraire, il se ralentit dans les hémorragies intrapéritonéales.

Grassman, de Munich, indique un symptôme qui lui a rendu de grands services en pareil cas et qui lui a permis de préciser, presque à coup sûr, si la contusion s'accompa-

gnait de lésions viscérales. Ce symptôme, c'est la sensibilité du cul-de-sac de Douglas. Elle existe une heure ou deux après la blessure, toutes les fois qu'il y a du sang ou des liquides intestinaux ou gastriques épanchés dans le ventre.

C'est donc un signe précieux et facile à rechercher qu'on ne négligera pas.

Un quatrième tableau clinique plus complexe peut résulter de la coexistence à la fois de signes de perforation intestinale et d'hémorragie interne. Nous n'insistons pas davantage, chaque signe de l'une ou de l'autre lésion entraînant la décision opératoire.

Tous les signes cliniques que nous avons étudiés jusqu'à présent étaient excessivement précoces, nous les observions quelques heures après l'accident et nous avons dit l'importance de la précocité de leur recherche.

Or il est des cas où ils n'apparaissent que secondairement au bout de 36 h., 48 heures même. Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, que la cause en était dans la chute secondaire d'une plaque de sphacèle de l'intestin ou du mésentère restée jusqu'alors silencieuse mais qui brusquement met le malade dans la même situation qu'un autre blessé atteint de perforation ou d'hémorragie primitive; ou encore la chute d'un caillot qui jusqu'alors a suffi à l'hémostase. Et cette modalité est d'autant plus redoutable que si le malade n'est pas en milieu chirurgical, on a pu se laisser tromper par le mieux apparent du début et exercer une surveillance moins attentive.

Il nous reste enfin à voir deux autres complications beaucoup moins graves, ne mettant pas cette fois en danger la vie de notre blessé : je veux dire d'abord l'hématome, ensuite la péritonite chronique localisée.

L'hématome développé à la suite de la rupture musculaire, de la déchirure parfois de l'épigastrique, se collecte dans la cavité néoformée par la rétraction des fibres musculaires dilacérées et par les décollements produits par la

contusion. Si le péritoine n'a pas été touché, le sang reste en vase clos, il s'y collecte, y est en grande partie résorbé, s'y organise plus ou moins quelquefois en tissu fibreux qui ne sera pas suffisant pour obturer la brèche musculaire et qui coiffera simplement la hernie viscérale.

Une éventualité rare, mais cependant possible, est la suppuration de cette masse sanguine accumulée. Elle est en vase clos, c'est entendu, mais bien qu'il n'y ait pas à proprement parler de plaie cutanée, il se produit souvent des éraillures de la peau, ce sont de minimes portes d'entrée mais suffisantes, cependant, pour frayer le chemin à l'infection, surtout au milieu de tissus ecchymotiques désagrégés par la contusion.

Si le péritoine a été déchiré, le sang se répandra en partie dans la cavité abdominale. Mais il est à remarquer que l'hémorragie n'est jamais très importante, elle s'arrête vite, spontanément; ce sont surtout des caillots que l'on trouve dans le foyer à l'opération.

La péritonite chronique localisée résulte, elle, de causes souvent combinées, difficiles à individualiser isolément. On la constate chez d'anciens traumatisés de l'abdomen, porteurs d'éventration et qui présentent les signes suivants :

Douleurs localisées à la région éventrée survenant par crise, accidents de sub-occlusion passagers, troubles fréquents du transit intestinal, diarrhées intermittentes, amaigrissement.

Telles étaient les raisons qui amenèrent à la consultation le porteur d'une vieille éventration post-contusionnelle dont nous empruntons l'observation à MM. Bérard et Desjackets (Observation IV). C'est pour la même raison qu'un autre éventré vint trouver le Dr Bazy (Observation publiée dans la thèse de Collomb, de Montpellier).

On explique ces faits par les lésions de péritonite chronique trouvées à l'opération, constituées par de multiples adhérences réunissant, au niveau de l'éventration,

la peau et la cicatrice musculaire aux anses intestinales, les agglomérant en une masse indissociable. Trois hypothèses qui doivent s'associer très probablement peuvent être établies : soit une très petite perforation d'une anse vide et que l'épiploon et les anses voisines sont venus tout de suite obturer; soit une déchirure péritonéale sans lésion intestinale : au niveau de cette déchirure il s'est produit des adhérences entre la face profonde de la peau ou des muscles et le péritoine des anses intestinales qui sont ainsi au contact les unes des autres. Enfin l'irritation locale produite par l'éventration, comme dans le cas d'une hernie, peut suffire à créer de multiples adhérences entre le contenu et le sac au niveau du collet et à produire des phénomènes de péritonite chronique et d'engouement intermittent.

Nous ne voudrions pas terminer ce chapitre sans parler de l'infirmité venant de l'éventration elle-même, en dehors de toute complication à ce niveau. Les éventrés sont de véritables infirmes, qu'une ceinture ne suffit pas le plus souvent à appareiller et auxquels une vie active s'avère impossible.

DIAGNOSTIC

En présence d'un blessé qui se présente à nous après une violente contusion de l'abdomen, deux diagnostics doivent être posés qui sont d'importance tout à fait égale.

Le blessé a-t-il une éventration, n'a-t-il que cela ? Reconnaître un éclatement des muscles de la paroi est normalement facile. Les signes principaux sont ordinairement assez nets. La voussure est constatée facilement lorsqu'on fait tousser le malade ou lorsqu'il fait un effort pour s'asseoir par exemple. La tumeur ainsi formée est facilement réductible surtout lorsqu'il n'existe pas un hématome abondant : on peut aussi voir sous le tégument les mouvements péristaltiques de l'intestin. Ces différents signes associés à la sensation de la brèche pariétale suffisent pour affirmer qu'il y a rupture musculaire et éventration. Cependant dans certains cas le diagnostic peut se compliquer :

1° Quand l'hématome est abondant, il peut momentanément cacher la rupture musculaire et ce n'est qu'après sa résorption ou après l'incision, que la brèche peut être sentie. C'est ainsi que Collomb rapporte l'observation dans le service du Dr Soubeyran, d'un cas où l'on ne pouvait soupçonner la déchirure musculaire. Ce n'est que lorsque l'hématome considérable qui existait fut incisé, que l'on constata la rupture musculaire et que l'éventration commença à se manifester.

La contre-partie également peut se voir. On diagnostique un hématome et il n'y a qu'une éventration. L'erreur a été faite, elle est racontée par Hinrichsen. Devant une tuméfaction fluctuante apparue après un traumatisme et recou-

verte d'une large tâche ecchymotique on porta le diagnostic d'hématome. Devant sa persistance, deux ponctions même furent faites avec un trocart d'abord de petit calibre, puis ensuite de gros. Les deux ponctions furent blanches et à l'opération, faite plus tard, on trouva l'intestin sous la peau; c'était lui seul qui remplissait la voussure constatée. Hinrichsen explique l'erreur de diagnostic par la déchirure très large des muscles, l'épaisseur du panicule adipeux, le temps très long mis par le sang à y être résorbé, cela joint à la couleur de la peau et à la tuméfaction. Mais il n'excuse pas les deux ponctions faites, surtout la dernière avec un gros trocart.

On peut aussi voir une éventration là où il n'y a qu'atrophie très marquée et locale des muscles de la sangle abdominale. Blake cite le cas d'un homme qui, à la suite d'une contusion violente de l'abdomen, présenta tous les signes d'une rupture musculaire avec éventration consécutive et fut opéré. Or à l'ouverture du ventre on ne trouva qu'une atrophie marquée, locale, des muscles, consécutive pensa-t-on à des lésions des nerfs de la paroi, ce que l'examen électrique des muscles confirma. Dans ce cas l'éventration n'a pas été immédiate et bien que l'atrophie musculaire d'origine nerveuse se produise rapidement, il a fallu attendre au moins quelques jours avant de voir la saillie sous-cutanée des viscères se produire, ce qui n'est pas habituel dans les éventrations par contusion. L'erreur n'est possible que si le malade est vu longtemps après le traumatisme et qu'il y rattache son infirmité.

C'est dans les mêmes conditions que l'on peut prendre pour un fibrome de la paroi une éventration : l'exemple en est donné dans une observation de Duplay, datant de 1895. La malade raconte une histoire de chute ancienne où le choc se porta surtout sur la paroi abdominale. Très progressivement se forma une tumeur. A l'entrée à l'hôpital on remarque une légère bosselure de la paroi, difficile à palper, étant derrière le panicule adipeux qui la recou-

vre. On porte pour différentes raisons le diagnostic de fibrome du muscle grand droit. A l'opération on constate que le fibrome n'est qu'une petite hernie épiploïque entre les fibres du grand droit.

Mais il va sans dire que lorsqu'on est en présence d'un malade qui vient de subir un violent traumatisme abdominal, le diagnostic le plus important est la reconnaissance précoce des lésions viscérales. Nous n'allons pas revenir sur les signes que nous avons précédemment décrits. Nous rappellerons seulement l'utilité de l'examen attentif du facies, du pouls, de la souplesse ou de la contracture abdominale, de l'examen du Douglas.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Il semble bien que l'on puisse dire que dans l'évolution immédiate des contusions abdominales que nous avons étudiées, l'éventration n'est rien, les lésions associées sont tout. D'elles seules dépendent l'évolution favorable ou non du blessé; elles seules comptent dans le pronostic que nous aurons à formuler.

Laissées à elles seules, des éventrations pures, non compliquées, auront un pronostic vital favorable.

Dans l'étude clinique nous avons vu que ces cas ont une évolution tout à fait favorable si l'on considère la vie du malade seule. Le pronostic plus lointain est celui de toutes les hernies abdominales, elles n'ont pas de tendance à régresser. Au niveau des muscles déchirés il se produit une cicatrice formant un anneau fibreux, dur, presque tranchant à la palpation. Suivant l'importance de la perte de substance, la hernie est plus ou moins volumineuse. Mais elle aura toujours tendance à augmenter de volume sous la poussée abdominale constante et les efforts réitérés.

En plus, il y aura formation inévitable d'adhérences, soit intestinales, soit intestino-pariétales, soit des deux avec comme conséquences possibles à redouter : la subobstruction, l'obstruction, l'incarcération intestinales.

Même en cas d'absence de ces complications graves, le prolapsus intestinal non opéré s'aggraverait nécessairement avec le temps, menaçant de transformer le blessé en un effondré, condamné au port d'une ceinture et exposé à tous les désagréments et les aléas de l'éventration.

Mais les éventrations simples sont la rareté. Le traumatisme dans la grande majorité des cas ne se sera pas con-

tenté d'endommager la paroi intestinale, il aura fait des ravages également dans la cavité elle-même au niveau des viscères qu'elle contient. Dans ce cas alors, le pronostic est fatal si l'opération n'est pas pratiquée d'urgence. La guérison spontanée d'une déchirure intestinale, d'une rupture du foie ou de la rate ou du mésentère sont des exceptions qui ne doivent pas, en général, permettre même un pronostic douteux. La péritonite, l'anémie aiguës, sont fatales si la chirurgie ne vient y mettre remède dans la capacité de ses moyens. Le pronostic est alors lié à la précocité de l'intervention et à la gravité des lésions.

Dans les perforations de l'intestin, le pronostic est favorable si l'opération a été décidée de suite. Au contraire l'évolution est fatale si l'intervention est faite tardivement, alors que la péritonite est déjà bien en marche. Nous nous bornerons comme illustration typique à citer deux faits, l'un rapporté par Legueu, l'autre par Lima.

Dans le premier cas le blessé entre à l'hôpital, le troisième jour seulement. Le quatrième, signe de péritonite, Legueu l'opère et constate deux petites perforations de l'intestin grêle, mais déjà la cavité abdominale est pleine d'un liquide louche à demi-purulent. Malgré le drainage le malade meurt.

Lima, au contraire, voit un blessé tout de suite après l'accident et intervient aussitôt. Il se trouve en présence de multiples lésions de l'intestin et est obligé de pratiquer une résection de 40 centimètres. Malgré cela le malade guérit rapidement sans aucune complication.

Ceci montre bien que pour ce genre de lésions tout dépend uniquement de la précocité du traitement chirurgical.

Dans les cas de lésions très graves, la chirurgie ne peut pas évidemment avoir la prétention de toujours guérir. Geza von Benkovich, à une opération constata un arrachement du pédicule hépatique au niveau du hile, le Dr Magendie, une déchirure d'une grosse branche de la mésent-

térique supérieure, entraînant l'ischémie et le sphacèle, déjà à la 21^e heure, de tout le côlon ascendant.

Pour ces malades, le pronostic était dans tous les cas fatal. Mais heureusement, des délabrements aussi considérables et aussi intraitables sont peu fréquents. Des sutures du foie, des splénectomies précoces ont sauvé bien des vies, et jusqu'à la constatation de lésions incurables, le pronostic n'est pas désespéré. Ce qui le complique malheureusement c'est que le traumatisme n'a pas lésé souvent l'abdomen seul et les autres lésions, quand elles ne sont pas immédiatement mortelles, empêchent quelquefois le blessé de supporter l'opération nécessaire.

TRAITEMENT

Dans le traitement des éventrations, nous ne ferons que mentionner la gymnastique préconisée par Walther et l'orthopédie au moyen d'une ceinture.

Le premier procédé n'a pas été appliqué à des éventrations traumatiques, le second n'est qu'un moyen palliatif, un pis-aller qui ne fait que masquer l'infirmité sans la supprimer. Si elle met à l'abri de quelques complications, elle n'en laisse pas moins subsister une brèche dans la paroi avec les accidents consécutifs possibles. L'éventré malgré sa ceinture reste un infirme auquel tout effort, toute vie un peu active est désormais interdite. Le traitement ne demeure à employer que dans les cas où la chirurgie se révèle insuffisante en face d'une trop large brèche abdominale, ou quand le malade ne peut supporter le choc d'une opération. Mais ces raisons seules, nous semble-t-il, doivent faire rejeter le traitement chirurgical. Lui seul est radical, lui seul rendra au blessé la sangle abdominale qu'il a perdue. La seule discussion possible réside dans le moment de son application.

De l'avis des chirurgiens qui ont eu à intervenir pour de semblables accidents, d'après les résultats qu'ils ont obtenus, le traitement doit être aussi précoce que possible.

Etant donné que seule la chirurgie pourra traiter radicalement l'infirmité en cause, pourquoi reculer une opération qui sera un jour nécessaire, alors que de nombreuses indications plaident en faveur de l'intervention urgente ?

Et d'abord pouvons-nous affirmer avec une certitude complète que la contusion s'est limitée à la paroi seule. Les signes sur lesquels se fonde notre diagnostic sont des si-

gnes de début d'infection, par conséquent « aller voir » ne serait-il pas la meilleure des prophylaxies. Nous n'insistons pas sur le cas d'hémorragies où là l'indication opératoire est impérative.

Prenons maintenant les cas où il n'y a aucune lésion viscérale, mais où le péritoine a été dilacéré. Entre le feuillet qui revêt les anses intestinales et le foyer de contusion de la paroi, où le revêtement péritonéal a été déchiré, il va se former inévitablement des adhérences. Aussi quand on voudra pratiquer la cure de l'éventration, on tombera tout de suite après l'incision de la peau sur les intestins agglutinés adhérents. Le décollement en sera laborieux, les perforations à craindre. Une observation rapportée par Collomb est caractéristique à ce point de vue. Nous en citerons intégralement quelques lignes : « L'incision faite avec grande prudence n'intéresse que la peau. On ne trouve aucune fibre musculaire ou aponévrotique. Dans la partie inférieure, l'intestin est inclus dans le derme et il se fait une large déchirure oblique d'une anse. Aussitôt après un décollement très laborieux de l'anse ouverte et protection soignée, on fait une suture intestinale au catgut par deux surjets en rabattant encore par-dessus un peu de tissu cellulaire, puis on attaque par le haut les adhérences qui, d'une part, fixent l'intestin à la paroi, d'autre part les anses entre elles. Le décollement est très délicat. On est obligé de racler le derme et de sectionner prudemment les brides qui relient entre elles les anses intestinales. Après décollement et libération on met des points de catgut en plusieurs endroits où la musculature est éraillée. »

Voilà ce qui attend le chirurgien en retardant l'opération.

En plus, au niveau de la brèche musculaire, il se sera formé un tissu scléreux de cicatrice qui empêchera la coaptation par simple rapprochement. Il faudra aviver les bords, donc réséquer encore un peu de tissu, donc agran-

dir la brèche. Là aussi, à cause du décollement inévitable du début, à cause de l'hématome qui s'y sera produit, nombreuses seront les adhérences, les brides cicatricielles qui gêneront le rapprochement des lèvres musculaires.

Nous voyons ainsi les difficultés opératoires que le chirurgien se réserve pour plus tard, en laissant s'organiser de lui-même, le foyer de contusion.

Mais il est des raisons malheureusement qui restreignent un peu l'indication d'opérer sans tarder.

Le traumatisme, en effet, a souvent atteint le blessé en d'autres points et les lésions produites peuvent rendre très dangereuse une intervention immédiate. Avec Kümmer, nous pensons que les principales viennent des lésions de l'arbre respiratoire. Un exemple nous en est fourni par le blessé dont nous avons recueilli l'observation dans le service du professeur Guyot. Il était atteint de multiples fractures de côtes, crachant le sang et ne pouvant se prêter à une opération.

Il est bien évident qu'ici aussi les contre-indications générales à un traitement chirurgical sont les mêmes : azotémie, faiblesse du myocarde, etc.; et ces raisons font, à moins d'urgence inévitable, reporter l'intervention. Dans les cas où on ne pourrait pas ainsi opérer, c'est « l'attente armée » qui est de rigueur. Le blessé mis en observation dans le milieu chirurgical sera traité, remonté, et il faudra le surveiller avec extrême attention pour dépister, dès leur début d'apparition, les moindres signes de complication. L'opération sera à ce moment la seule chance de salut.

En résumé, à moins de contre-indication formelle, dès que le malade, réchauffé, remonté de son état de choc, pourra subir l'intervention, il semble qu'on doive la pratiquer.

Les résultats obtenus, tant pour la sauvegarde du malade que pour la parfaite solidité de sa paroi, sont bien à l'appui de cette thèse. Nous constatons que sur 13 cas opérés, dès qu'il a été possible de le faire, environ dans les

30 premières heures après le traumatisme, 11 sont sortis de l'hôpital guéris. Deux sont morts, mais le pronostic était fatal dès l'ouverture de l'abdomen, étant donné l'incurabilité des lésions.

Quelle sera donc la technique à pratiquer ? Si l'on opère tout de suite après l'accident, l'opération doit être avant tout la plus simple, la plus courte.

Lima pratique la laparotomie médiane pour se rendre compte, à coup sûr, de l'état des viscères abdominaux et, ensuite, par une contre-incision faite à son niveau il traite l'éventration. Cette méthode, si elle renseigne très exactement sur l'état anatomique dans lequel on laisse le blessé, augmente considérablement le choc produit, la durée de l'opération et la chance d'une éventration post-opératoire toujours possible après toute laparotomie.

Un agrandissement, s'il est nécessaire, de l'incision faite au niveau de l'éventration nous paraît préférable. Après vérification du bon état de l'intestin, du mésentère, de la vacuité de la cavité péritonéale, on fermera le péritoine et la gaine postérieure des muscles par rapprochement. De même, des points au catgut, pour Roux, de Marseille, une suture perdue au fil d'argent refermeront la déchirure musculaire dont les lèvres, le plus souvent, n'auront pas besoin d'être parées. On complètera, bien entendu, par la ligature des vaisseaux qui saignent et un petit drainage en cas de saignotement. On refermera ensuite la gaine antérieure des muscles et la peau.

Quelques points totaux au fil de bronze ou au crin double paraissent une bonne garantie contre une désunion possible au moment des efforts de toux ou des vomissements.

Quand on aura à opérer une vieille éventration, le problème pourra se poser d'avoir à obturer un orifice trop large pour qu'il soit possible de le faire par simple rapprochement des lèvres musculaires. Il faudra alors choisir entre les différents subterfuges que des auteurs ont imaginés et préconisés dans ces cas.

Les uns prennent à l'extérieur le matériel nécessaire, d'autres font des plasties. Goepel, de Leipzig, préconise un filet métallique. Il rapporte 86 cas opérés par lui, dont certains ont pu être radiographiés dans un délai de six à sept, et même neuf ans après l'intervention, montrant que ce « ventre métallique » est bien supporté. Cette tolérance de l'endoprothèse est commandée par de grandes précautions d'asepsie rigoureuse, d'hémostase parfaite, l'emploi de lambeaux très vivaces. Le filet est placé entre le tissu cellulaire et l'aponévrose, après que celle-ci, bien suturée, a fermé la brèche.

Delbet emploie de la même façon une lame de caoutchouc.

Phelps, de New-York, Queyrel, de Marseille, interposent entre l'aponévrose profonde et les muscles, une lamelle d'os décalcifié ou un treillis métallique.

Les plasties les plus employées sont les myoplasties. Chaput, Streissler, Guibé combler l'espace avec des greffons pris sur le couturier ou le moyen fessier.

Ces procédés, d'une technique délicate, difficiles à employer, donnent, cependant, entre les mains de leurs auteurs et des chirurgiens qui les ont imités, de bons résultats et sont d'une aide précieuse en face d'une large éventration qu'une simple réunion des lèvres ne peut obturer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Inédite.*)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyot.)

F. L. entre à l'hôpital le 16 septembre 1936 à la suite d'un grave accident de la rue.

Tombé d'un camion en marche, une des roues l'a à deux reprises très violemment contusionné. Il a perdu connaissance.

Il s'agit d'un malade en état de choc dont le pouls est petit à 130, les extrémités refroidies et présentant, en outre, une respiration superficielle.

L'examen pratiqué à ce moment ne met en évidence aucune lésion viscérale profonde. La thérapeutique du choc est instituée (réchauffement, sérum physiologique strychniné, tonocardiaques), et sous son influence les phénomènes graves disparaissent.

Examiné les jours suivants le malade présente :

— Des signes de fractures multiples de côtes avec hémoptysies, emphysème sous-cutané au niveau du thorax et du cou;

— Une impotence fonctionnelle totale de l'épaule gauche, sans lésion osseuse.

— Et surtout une vaste ecchymose de la partie inférieure de la fosse iliaque droite et de la base du triangle de Scarpa du même côté. Il existe à ce niveau une voussure molle de limite diffuse que l'on considère comme la manifestation d'un hématome sous-cutané. Il n'y a pas de signes de fracture du bassin et l'on met cette lésion sur le compte d'une déchirure d'un vaisseau superficiel.

Par la suite les signes d'infiltration sous-cutanée disparaissent et permettent de mettre en évidence certains signes :

Ce sont d'abord la consistance molle de cette voussure, puis son augmentation de volume avec l'effort, sa réductibilité à la pression, cependant que se produisent des gargouillements et c'est enfin l'existence d'une brèche dans la paroi abdominale, dont l'étendue est de quatre travers de doigt en hauteur et de huit en largeur. Brèche ovale à grand axe obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans et dont les bords sont constitués par les muscles larges de l'abdomen d'une part, par le rebord de l'arcade crurale d'autre part.

Il s'agit donc indéniablement d'une éventration traumatique.

Etant donné la suppression sanguine importante qui l'a accompagnée et qui laisse supposer un état de sclérose des tissus voisins on retarde l'heure de l'intervention et on fait porter au malade une ceinture abdominale en lui conseillant de se présenter dans trois mois pour tenter une réparation de la brèche par plastie musculaire.

OBSERVATION II

(Inédite.)

due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massé.

Madame L., âgée de 60 ans, entre à l'hôpital Saint-André, à la Salle 3 *bis*, pour contusion de l'abdomen.

On apprend qu'elle a été « roulée » par une vache et atteinte d'un coup de corne au côté droit.

La malade, assez schockée, ne présente cependant pas de signe de grosse lésion interne. A l'examen de l'abdomen on remarque, à la partie moyenne, à droite, près de la ligne médiane, une tuméfaction. La peau est saine, de couleur normale. A la palpation, la tumeur se déprime facilement et les doigts pénètrent à travers une brèche faite dans le grand droit, dans l'abdomen.

Le diagnostic d'éventration est porté, la tuméfaction n'est que la hernie des intestins sous la peau et on décide d'intervenir.

A l'opération on constate : une rupture transversale complète du feuillet antérieur de la gaine du droit antérieur droit, du muscle lui-même et du feuillet postérieur de la gaine. Le péritoine intact encapuchonne l'intestin, hernié à travers la brèche. On réduit la hernie, on suture, plan par plan, le feuillet postérieur de la gaine, le muscle, le feuillet antérieur et la peau.

Suites normales, la malade est sortie guérie avec une paroi abdominale solide.

OBSERVATION III

(Inédite.)

Du service de M. le Professeur Bégouin.

C... Jean, 42 ans, homme d'équipe aux chemins de fer du Midi, est amené à l'hôpital Saint-André dans le service de clinique chirurgicale du Professeur Bégouin, salle 17, le 1^{er} janvier 1929.

Le même jour, vers 16 heures, 3 heures environ avant son entrée, en décrochant une rame de wagon, il a été violemment heurté par une barre de fer dans l'hypocondre droit.

Il est resté sans secours pendant plus d'une heure sur la voie, exposé à un froid très vif. Examiné par M. le Dr Magendie, chef de clinique, à la 3^e heure (19 h.), il est très choqué, pâle et sans pouls. Il présente de la dyspnée, de l'agitation, de l'hypothermie (35°), des frissons avec refroidissement des extrémités.

Sous le rebord costal droit on note une voussure allongée obliquement, parallèlement à ce rebord. Elle a le volume de la main à demi-fermée.

La peau est excoriée au-dessus. Le contact de cette région où a porté le traumatisme est extrêmement douloureux, le

contact est surtout marqué à droite dans l'hypocondre et le flanc. Disparition de la matité hépatique, pas de météorisme, pas de matité des flancs, pas d'épanchement thoracique.

Le blessé réchauffé, on lui injecte du sérum et des tonocardiaques.

A 20 h. 30 (4 h. 30 après l'accident), le malade est presque aussi choqué, le faciès ne s'est pas amélioré, le pouls est à peine perceptible, et bat à 120.

Le malade a vomi, vomissements ne contenant pas de sang. La contracture s'est généralisée maintenant, avec cependant toujours prédominance du côté droit.

Devant cette aggravation et l'absence d'efficacité du traitement dirigé contre le choc, on intervient immédiatement.

Opération. — Le 1^{er} janvier 1929, à 21 heures (Docteur J. Magendie, chef de clinique).

Sous anesthésie légère à l'éther, on incise obliquement sous le rebord costal, au niveau de l'*éventration traumatique*. Les muscles larges ont été dilacérés, et sont rompus à ce niveau. Le feuillet péritonéal et le fascia transversalis sont effilochés. Dans l'abdomen on trouve des caillots et du sang liquide. L'incision est prolongée par un débridement médian dans la région sus-ombilicale.

A l'exploration de l'abdomen on trouve deux lésions ;

1° Une minime : petite déchirure artérielle saignant en jet dans le grand épiploon ; ligature immédiate.

2° Une, extrêmement importante, déchirure vasculaire d'une des premières ramifications de la mésentérique supérieure qui continue de saigner légèrement en nappe.

L'angle hépatique et les parties adjacentes du côlon sont ecchymotiques, infiltrées et décollées de la paroi postérieure par un épanchement sanguin sous-séreux. On a des doutes sérieux sur la vitalité de cette partie du cordon.

L'état général du malade étant des plus précaires, on recule devant l'hémi-colectomie, et on se borne à extérioriser l'angle droit du côlon après avoir réalisé l'hémostase du méso par tamponnement avec deux mèches.

La paroi est refaite en un plan au fil d'argent.

Suites. — Le malade se remonte légèrement de son choc pendant quelques heures, son nez se réchauffe un peu. Son facies se recoloré, mais il reste à demi somnolent dans un état de prostration profonde et il meurt le lendemain matin vers 4 heures, soit 12 heures après l'accident.

A la nécropsie tout le côlon droit présentait des signes d'ischémie profonde et était en voie de sphacèle.

OBSERVATION IV

(*Bérard et Desjacques.*)

Le malade entre dans le service, le 20 janvier 1931, pour tuméfaction du flanc gauche.

Son histoire est la suivante : cette tuméfaction est apparue progressivement à la suite d'un traumatisme datant de 1911.

Le malade était à cette époque soutier. En transportant une brouette de charbon il a été renversé et projeté violemment sur les parois de la soute, du fait des mouvements du bateau. A la suite de cet accident il présenta un volumineux hématome de la paroi latérale gauche de l'abdomen. Il fut soigné à l'hôpital de Grand-Bassam pendant quelques mois et rapatrié au Havre. Dès que le blessé a repris sa vie normale, apparut une tuméfaction siégeant dans le flanc gauche qui augmenta progressivement de volume et le gênait pour travailler.

Au cours de ces vingt années il a présenté plusieurs crises abdominales douloureuses avec subocclusion et le Dr Hartmann lui conseilla le port d'une ceinture. Depuis quelques temps le malade accuse des troubles douloureux abdominaux, de la gêne du transit intestinal et de l'amaigrissement.

A l'examen on trouve une tuméfaction occupant le flanc gauche de l'abdomen s'étendant en hauteur du rebord thoracique à la crête iliaque; en largeur, des gouttières vertébrales au muscle grand droit de l'abdomen. La tuméfaction est ar-

rondie, régulière, indolente à la pression, de consistance élastique. Elle est facilement dépressible mais se reproduit dès qu'on cesse la pression, elle offre nettement de l'impulsion à la toux. La percussion révèle une sonorité anormale sur toute son étendue.

En résumé, on se trouve en présence d'une éventration de la paroi latérale de l'abdomen survenue à la suite d'une rupture traumatique des insertions postérieures des muscles larges de l'abdomen, compliquée actuellement de phénomènes de péritonite chronique. Les lésions semblant au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale, le port d'une ceinture abdominale a été conseillé.

OBSERVATION V

(*Carossini.*)

Agriculteur de 33 ans. Squelette et muscles normaux, pincule adipeux peu développé. Opération de hernie inguinale cinq ans auparavant.

Le 3 octobre, il se trouvait sur un char vide traîné par des bœufs et les guidait, les rênes à la main, debout, les jambes légèrement écartées, sans aucun appui. A la suite d'un très violent ressaut déterminé par une secousse improvisée du char et due à une irrégularité du terrain, il perdit l'équilibre, tombant sur le flanc. Il heurta la région abdominale gauche sur l'extrémité assez mousse d'un petit pieu haut de 60 cm. que les charretiers appliquent sur le côté des chars pour en faciliter le chargement. Après ce choc violent il roula à terre absolument sans mouvement. Il raconta ensuite qu'il avait ressenti une douleur si violente qu'il s'en évanouit.

A l'entrée à l'hôpital, il est pâle, couvert de sueurs froides et a la sensation de sa mort imminente.

Examen. — Dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, au tiers externe de la ligne ombilic-épine iliaque antérieure et supérieure, on note une tuméfaction du volume

d'une grosse orange, recouverte de la peau et présentant des suffusions hémorragiques.

En ce point la peau est légèrement éraillée sur un espace assez restreint. Elle est mobile et en palpant on révèle une vive douleur. On peut enfoncer le doigt à travers une brèche musculaire dans laquelle on peut très bien introduire quatre doigts réunis quand on fait pousser le malade, ce qui lui est très douloureux; à travers la brèche sort une assez volumineuse masse intestinale. Elle ne se réduit pas spontanément et on a l'impression que la tuméfaction quelle détermine sous la peau est due à un assez vaste décollement de la peau dans lequel les anses herniées, à travers la brèche musculaire, vont s'accumuler.

L'état général est assez grave. Pouls à 120, petit; température à 37°2.

Opération. — La peau est incisée après anesthésie locale et l'on tombe tout de suite sur l'intestin à nu, sans revêtement séreux. La hernie est constituée par une anse vide et une notable portion d'épiploon. La séreuse est lacérée et abîmée, notable quantité de sang dans la cavité résultant du décollement de la peau.

Une exploration attentive ne met en évidence aucune lésion intestinale ni du mésentère correspondant. L'épiploon hernié ne présente aucune lésion non plus. La hernie intestinale une fois réduite, la séreuse est suturée et la paroi refaite en deux plans par des points séparés au catgut n° 5. La peau est suturée avec des agraffes.

Suites normales. On enlève les points le 6^e jour et le 14^e le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION VI

(*Lima.*)

Le malade, âgé de 22 ans, a été tamponné par une automobile et présente des douleurs abdominales intenses.

A l'examen : facies angoissé, pouls petit à 120, extrémités froides, pupilles dilatées. Il existe, dans la région occipito-frontale deux plaies. Impossibilité de miction, on sonde le malade, l'urine retirée est normale.

A la palpation de l'abdomen on sent un gros empâtement dans la fosse iliaque, la tuméfaction est molle, dépressible, élastique, augmentant de volume aux efforts. On peut sentir une solution de continuité des plans profonds et repérer un bord musculo-aponévrotique net : sonorité tympanique. Le reste de l'abdomen présente une certaine défense musculaire.

Intervention chirurgicale immédiate avec le diagnostic de rupture sous-cutanée de la paroi abdominale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture on trouve une petite hémorragie interne et de multiples lésions de l'intestin grêle. On résèque quarante centimètres d'intestin, on rétablit la continuité par une anastomose terminoterminal. Fermeture en trois plans. Par une incision sur la fente pariétale on reconstitue les plans anatomiques au niveau de l'éventration. Bonnes suites, le malade sort guéri.

OBSERVATION VII

(*E. Kummer.*)

L. Albert, 35 ans, entre à la clinique chirurgicale de Genève, le 3 février 1928, victime d'un accident survenu le jour même. Placé entre un camion et un wagon de chemin de fer, il fut atteint dans le flanc droit par un des tampons du wagon. La compression fut extrêmement violente. Le sinistré qui n'avait pas perdu connaissance fut amené aussitôt à l'hôpital.

A son entrée, il est assez shocké, se plaint de froid dans les membres inférieurs. La face est bien colorée, le pouls bien frappé à 68, la langue un peu sèche. Pas de nausée, pas de vomissement. On a dû sonder le malade, l'urine retirée est absolument normale. Respiration tranquille, pas accélérée.

A l'inspection, on remarque une énorme tuméfaction à limites diffuses, s'étendant du niveau de la 10^e côte droite à la hauteur de la crête iliaque, elle dépasse l'ombilic à gauche.

A la palpation cette masse est de consistance molle, indolore. Dans la partie déclive un peu de matité, au sommet au contraire tympanisme. A la palpation profonde, on sent une déhiscence de la sangle musculaire.

Le diagnostic porté est celui de rupture traumatique sous-cutanée de la paroi abdominale avec gros prolapsus intestinal. On décide l'intervention.

Opération. — Incision oblique de haut en bas, d'arrière en avant par le sommet de la voussure. Après avoir traversé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, nous arrivons dans une cavité hémorragique contenant un énorme paquet d'intestins, composé d'une grande partie du grêle, du côlon transverse et de la partie prépylorique de l'estomac. Les muscles obliques et transverses, ainsi que le péritoine sont déchirés, arrachés au niveau de leur insertion sur le gril costal. Le muscle grand droit est intact. Une tache hémorragique circonscrite se trouve sur une anse du grêle : sur la convexité du foie, une vésicule hémorragique de la grandeur d'une pièce de cinq francs; pas de lésion du parenchyme hépatique, pas de sang dans la cavité abdominale. Le rein droit, d'apparence normale, recouvert du péritoine pariétal normal, est visible au fond de la plaie.

Réduction du paquet d'intestins prolapsés. Suture en points séparés du péritoine et des muscles. La plaie musculaire est assez franche pour permettre une réunion sans parage. Suture cutanée. Deux drains.

Durée de l'opération : 28 minutes.

Suites post-opératoires. — Congestion pulmonaire gauche à partir du troisième jour. Hématome à la partie postérieure de l'incision. On le ponctionne deux fois. La cicatrisation de la plaie se fait par première intention. Le malade se lève le 18^e jour après l'opération et, muni d'une ceinture, quitte le

service 18 jours plus tard. Environ 6 semaines après, il a pu reprendre une partie de ses occupations.

OBSERVATION VIII

rapportée par H.-M. Hinrichsen.

Il s'agit d'un homme de 75 ans, qui entre à l'hôpital pour accident : il a été écrasé par une voiture, il ne se rappelle rien.

On apprend par des témoins qu'une des roues du véhicule lui a passé sur l'abdomen.

A l'examen : Le blessé pâle, cyanosé, est de taille et de musculature moyenne, un peu adipeux. Tête : blessure du front, du côté gauche, n'intéressant que la peau.

Thorax en tonneau, respiration de faible amplitude, surtout du côté droit, presque immobile.

Abdomen : partout souple, palpable. Tout le flanc droit est très enflé, douloureux à la palpation.

Température à 36°, pouls, 100.

Diagnostic porté : shock, fracture de côte, hématome du côté droit de l'abdomen. On a fait un bandage avec du leucoplaste, on a réchauffé le blessé et fait de petites doses de morphine.

Après huit jours, le malade se lève, il est bien, mais l'abdomen, à droite, au niveau de l'hypogastre, la peau est de couleur bleu violacé. Cette partie est dure et douloureuse. A gauche, le ventre est souple. Après quelques jours on fait une ponction avec un trocart de moyenne grosseur, parce que à droite on sent de la fluctuation et la couleur est encore plus marquée. Résultat négatif.

Après trois semaines la tuméfaction et la fluctuation restent les mêmes et on tente une nouvelle ponction, cette fois avec un gros trocart. Résultat encore négatif. Le blessé ne veut pas être opéré et sort de l'hôpital.

Après 8 semaines, il revient, décidé à l'opération. L'état n'a

pas changé, seulement quelques taches pigmentaires rappellent la couleur violacée d'auparavant. A l'opération, on incise sur la tuméfaction et sous la peau on tombe sur les viscères recouverts de péritoine. On ne trouve aucun reste d'hématome. Suture en plusieurs plans des muscles et de la peau.

Le malade, complètement guéri, sort de l'hôpital quinze jours après.

OBSERVATION IX

(*Bosch S.*)

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans. Il a été serré entre deux camions quelques heures auparavant.

On constate l'existence d'une tuméfaction à gauche de la ligne médiane, dans la région sus-pubienne.

La palpation montre un orifice aponévrotique de la dimension d'une pièce de cinq francs par lequel s'engagent facilement intestin et épiploon que l'on suit parfaitement.

A l'opération, la solution de continuité est constituée par une large brèche dans tous les plans anatomiques de la région, y compris le grand droit.

Sutures faciles, guérison sans-incident. Il s'agit donc d'une rupture totale de la paroi.

OBSERVATION X

(*Géza von Benkovich.*)

Il s'agit d'un garçon de 15 ans renversé par un bétail qui le frappe au ventre de ses cornes. Au-dessous du rebord costal gauche, sur la ligne mamelonnaire, saillie du volume du poing, molle, facilement réductible. Après réduction on sent dans la paroi abdominale musculo-aponévrotique, un orifice arrondi de sept centimètres de diamètre.

Le Douglas bombe et est un peu sensible.

A l'intervention, on trouve des anses grêles sous la peau. Les muscles et le péritoine sont déchirés. Pas de lésion viscérale. Suture des plans pariétaux. Guérison.

OBSERVATION XI

(*du même.*)

Garçon de 13 ans qui, étant à bicyclette, vint heurter un timon de voiture. Le choc porte sur le ventre. Perte de connaissance passagère. A l'entrée, douleur abdominale diffuse, anxiété, signes de grande hémorragie interne, contracture abdominale généralisée. Sur la ligne médiane, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, tuméfaction grosse comme un poing d'enfant, réductible, sonore. Après réduction, on sent dans la paroi une fente large de trois travers de doigt. Excoriation légère de la peau à ce niveau.

L'opération montre l'existence sous la peau d'une cavité renfermant du sang, de l'intestin grêle et deux fragments isolés de tissu hépatique. En outre on constate trois litres de sang dans le ventre, une déchirure du foie et l'arrachement complet du pédicule hépatique au niveau du hile droit.

Mort pendant l'intervention.

CONCLUSIONS

I. Les éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen, si elles sont rares, ne sont cependant pas si exceptionnelles qu'on a bien voulu le dire.

II. Dans l'évolution et le pronostic immédiats, ce n'est pas l'éventration elle-même qui importe, ce sont surtout les lésions viscérales qui, souvent, l'accompagnent.

III. Les éventrations non traitées sont par la suite une véritable infirmité pouvant se compliquer d'accidents graves, elles réclament la cure radicale chaque fois qu'elle est possible.

IV. L'opération, quand elle n'aura pas été contre-indiquée, sera précoce, elle permettra de traiter à la fois l'éventration et les lésions concomitantes qui peuvent exister.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma

langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 1^{er} décembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGER BENJAMIN. — *Nouveau dictionnaire de Médecine et chirurgie pratique. Eventrations.*
- ARNAUD. — *Traité des hernies*, t. II, obs. 9.
- BÉRARD et DESJACQUES. — « Eventration au niveau de l'hypochondre » (*Lyon chir.*, 28, p. 374, mai-juin 1931).
- BLAKE (J.-H.). — « Traumatic ventral hernia » (*Boston med. and Surg. Jour.* CXXXIX, p. 421, 1898).
- BOSCH (S.). — « Rupture traumatique du muscle grand droit de l'abdomen avec éventration consécutive » (*Bol. y trabajos de la Soc. de Cir. de Buenos-Ayres*, t. XIII, n° 20, 4 sept. 1929, p. 620).
- CANGE. — *Des éventrations spontanées et leur traitement chirurgical.* Thèse Paris, 1897.
- CAROSSINI (G.). — « Hernie traumatique à la suite d'une rupture sous-cutanée de la paroi abdominale » (*Riforma medica*, 51, 13 juillet 1935, p. 1077).
- CHAPUT. — « Myoplastie aux dépens du couturier » (*Soc. de chirurgie*, fév. 1916).
- CHARDIN. — *Eventrations.* Thèse Paris, 1901.
- CELSE. — « De interiori abdominis membrana rupta » (*Lib.* VII, cap. 17).
- CLOQUET. — « Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen » (Paris, *Mecquignon Marvis*, t. VIII, p. 96, 1817).
- COLLOMB. — *Contusions abdominales avec éventration.* Thèse Montpellier, 1911).
- COMOLLI. — « Traitement des hernies sous-ombilicales par plastique » (*Bul. de Soc. de Méd. et Chir. de Modena*, 31, p. 11-17, 1932).

- DUPLAY. — « Hernie abdominale prise pour un fibrome de la paroi » (*Arch. Gén. de Méd.*, t. III, p. 476).
- DURET. — « Des Laparocèles » (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 1891).
- DRY (F.-M.). — « Eventrations » (*Illinois M. J.*, p. 655, juin 1934).
- EISENDRATH. — « Subent. Injuries of the abdominal wal and viscera » (*New-York and Philadelphie medical Journal*, 1905).
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité élémentaire de pathologie externe*.
- FOSSE. — *Cont. à l'étude des éventrations et de leur traitement* (Thèse Montpellier, 1897).
- GAY. — « Traumatic abdominal hernia » (*Path. Soc. London*, T. XVI, p. 128).
- GEZA VON BENKOVICH. — « Prolapsus sous-cutané traumatique de l'intestin » (*Zentralblatt f. chir.*, t. 63, fév. 1936, p. 446).
- GŒPEL. — « Utilisation du filet à mailles d'argent ou d'acier dans la cure des éventrations » (*Der Chirurg. An V*, 1^{er} mars 1933, p. 161).
- GOSSELIN. — *Leçon sur les hernies abdominales* (Paris, t. VIII, p. 476, 1865).
- GUIRY. — *Traitement des éventrations* (Thèse Montpellier, 1927).
- GRANGE. — *Hernies rares* (Thèse Lyon, 1896).
- HAAGN. — « Über ein Fall von Ruptur des vorderen Bauchwand » (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1902, p. 407).
- HINRICHSSEN. — « Sur un cas de hernie abdominale » (*Zentralblatt f. Ch.*, 53, 9 juillet 1927, p. 1757).
- KUMMER. — « Hernie sous-cutanée après rupture traumatique des muscles abdominaux » (*Schweiz. Med. Wehnschr.*, 59, p. 265, 1929).
- LARREY. — « Eventration consécutive à une contusion abdominale » (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, t. VIII, p. 517, 1868).

- LAURENT. — « Un cas peu fréquent d'éventration traumatique » (*Rev. Chir. d'androl. et de gyn. Paris*, p. 78, 1818).
- LE DENTU. — « Les contusions de l'abdomen » (*II^e Session de l'Assoc. Franç. de Chir.*, p. 68, 1897).
- LEGOUEST. — « Rupture du droit antérieur de l'abdomen » (*Gaz. des hôp.*, p. 301, 1860).
- LEGUEU. — « Eventration par rupture sous-cutanée de la paroi abdominale » (*Leçon de clinique chirurgicale*, 1901).
- LIMA. — « Rupture sous-cutanée de la paroi abdominale, éventration traumatique » (*Revista Brasileira de Chir.*, An 3, n^o 2, p. 85, 1934).
- LOTHEISEN. — *Wiener Klin. Woch.*, janv. 1897.
- MARTEL. — « Contusion abdominale » (*Lyon Médical*, n^o 48, t. 3, p. 390, 1897).
- MEYER-WILDISSEN. — « Sur les laparocèles latérales » (*Zentralblatt f. Chir.*, t. 63, p. 7931, avr. 1936).
- NAVEIRO. — « Les éventrations » (*Anales de l'instituto modelo de Clin. Med. Buenos-Ayres*, t. 15, p. 905, 1934).
- ORATOR. — « Etude clinique des hernies latérales de l'abdomen » (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 237, p. 524, 1932).
- PENHALLOW. — « Cas inhabituel de grosse hernie abdominale » (*New England J. Med.*, 211, p. 492, sept. 1934).
- PIGHI. — « Eventration par rupture sous-cutanée traumatique de la paroi abdominale » (*Gior. Med. de Alto Adige*, t. 7, p. 370, août 1935).
- PLAIGNAUD. — « Hernie abdominale par déchirure du péritoine et des muscles » (*Journ. de Chirurgie de Desault*, t. II, p. 237).
- RECKE. — *Deutsch. Zeitschr. f. Ch.*, 241-126 (1933).
- RECLUS. — *Manuel de pathologie externe*.
- REIGNIER (A.). — *Essai sur les hernies ventrales* (Thèse de Paris).
- ROSTOCK. — « Prolapsus sous-cutané de l'intestin par contusion abdominale » (*Zentralblatt f. chir.*, n^o 17, p. 491, 1935.)

- SACRE. — « Hernie traumatique, guérison » (*Jour. de Méd. et Chir. de Bruxelles*, t. X, p. 781, 1890).
- SARZYN. — « Subkutane Zerreiſſung der Bauchderken » (*Chirurgia*, n° 119, 1906, d'après *Zentralblatt*).
- URCELAY. — « Les éventrations » (*Anales de l'hôpital de San José y santa Adela de Madrid*, vol. IV, 1932).
- VON BREUER. — « Prolapsus intestinal sous-cutané traumatique » (*Zentralblatt f. Chir.*, p. 1034, 1928).
- WALTHER. — « Eventration spontanée. Cure par gymnastique » (*Bull. Soc. Chirurgie*, 10 juillet 1912).
- ZABÉ. — *Des éventrés* (Maloine, 1897).
-

Imp. BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1936
